ROK IX STYCZEŃ 1929 № 1 (73).

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

TREŚĆ NUMERU

Redaktor: Dr. med. L. Brennejsen—Marszałkowska 48.

Wydawca: (Administracja) Lek.-dent. A. Mokrzycki—Kredytowa 16.

WARSZAWA.

P. K. O. Nr. 11.288.

Warunki prenumeraty:

Prenumerata roczna	Zł. 30.—
„ półroczna	Zł. 15.—
„ kwartalna	Zł. 7.50

ROK IX. STYCZEŃ 1929 № 1 (73)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

DR. MED. E. MANCEWICZ
Kier. poliklin. Stomatol. Uniw. Stef. Batorego

Ciekawy przypadek olbrzymiej torbieli zawiązkowej, pochodzącej od górnego mlecznego kła, przemieszczonego ku środkowi podniebienia u 38-letniej kobiety.

Sposób szybkiej dezynfekcji kanału korzeniowego zęba, przeznaczonego do odcięcia wierzchołka korzenia, z powodu zmian chorobowych w okolicy wierzchołkowej.

616.310.007
616.314.089
616.314.163.089.27

Torbiele zębowe zawiązkowe, tak zwane folikularne, zawierają przeważnie ząb stały, zatrzymany w rozwoju lub rozwijający się w kierunku anormalnym. Worek torbielowy zwykle otacza część koronową. W praktyce głównie mamy do czynienia z torbielami, pochodzącemi od zatrzymanych kłów górnych, które powstają wskutek procesu patologicznego w woreczku zębowym, podczas rozwoju (Broca), w okresie, gdy szkliwa i zębina są już częściowo wytworzone, albo w czasie, w którym ząb bywa całkowicie rozwinięty. Przeglądając odnośną literaturę, nie spotykałem wzmianek o torbielach zawiązkowych, pochodzących od zatrzymanych zębów mlecznych. Prawda, Dr. GORCZYNSKI opisał w roku 1925 w Polskiej Dentystyce (str. 69), jako przypadek bardzo rzadki, torbiel zawiązkową, pochodzącą od zatrzymanego zęba mlecznego |4, zaznaczając, że pierwszy stały dwuguzkowiec, odpowiadający zębowi |4 zatrzymanemu, wyrznął się po stronie podniebiennej.

Przypadek niżej podany dotyczy torbieli zawiązkowej, pochodzącej od zatrzymanego kła mlecznego 3|. Ze względu zaś na wiek chorej, na objawy kliniczne oraz na technikę operacyjną i ostateczny wynik, przypadek ten zasługuje na opisanie.

Chora P-niec lat 38, zgłosiła się z prośbą o zbadanie zębów i jamy ustnej oraz o ewentualne ulżenie jej w cierpieniach, zjawiających się okresowo już od dwóch lat. Co pewien czas chora wyczuwała w ciągu kilku dni bóle w nosie, na podniebieniu i na wargowej powierzchni dziąsła. Następnie, po uspokojeniu się tych bóli, wyczuwała w ciągu tygodnia w jamie ustnej jakiś przykry smak i zapach, poczem wszystko wracało do normy, a po pewnym czasie ponownie występowały te same objawy.

Wywiadem ustaliłem, że chora przed dwoma laty zgłaszała się do pomocy lekarsko-dentystycznej z powodu niedużego ubytku próchnicowego w środkowym siekaczu, który był kilkakrotnie oczyszczany świdrem; do ubytku zakładano waciki Ponieważ ponowne świdrowanie wywołało ból, lekarz-den., jak mówi chora, zatruła ząb i nerw wyciągnęła. Podczas oczyszczania igłą, zawsze wyczuwała ostre bóle. Mniej więcej po dwóch tygodniach takiego leczenia chora pierwszy raz wyczuła wyże wspomniane bóle w nosie i podniebieniu. Leczenia zębów wobec tego zaniechała na pewien czas, a przed rokiem udała się z prośbą o zaplombowanie siekacza do innego lekarza, który po trzech miesiącach leczenia założył tymczasową plombę z gutaperki.

Badanie jamy ustnej dało wynik następujący: wzór uzębienia 7 4321|1234 78; zęby ustawione prawidłowo. Wyrostek zębodołowy po stronie prawej, w okolicy wierzchołków korzeni 2 1|, po stronie wargowej, nieznacznie powiększony; uwypuklenie przy ucisku łatwo ustępuje. Błona śluzowa ponad uwypukleniem jest cokolwiek biernie przekrwiona. Po stronie podniebiennej uwypuklenie występuje wyraźniej, sięgając od linji środkowej ku stronie prawej do miejsca przejścia sklepienia w wyrostek zębodołowy w okolicy zębów 6543|; ku stronie zaś lewej sięga do połowy szerokości podniebienia, ku tyłowi mniej więcej do wyrostka poziomego kości podniebiennej W okolicy lewego siekacza bocznego, na 1 ctm. od brzegu dziąsłowego, nieduża okrągła blizna po przetoce. Palec, wprowadzony do prawej jamy nosowej, nie wyczuwa twardego kostnego podłoża dna nosa. Jednoczesny ucisk i opukiwanie ze strony podniebienia daje wyraźne chełbotanie, wyczuwalne na dnie dolnego przewodu nosowego prawej i lewej połowy nosa.

Wyjęto plombę tymczasową z 1|, w kanale korzeniowym stwierdzono pustkę (nie wypełniony). Wprowadzona igła owinięta watą, wykazała w okolicy wierzchołka nieznaczny wysięk o kwaśnym zapachu. Powtórna próba była sucha.

Kliniczne rozpoznanie: — torbiel — niewiadomego pochodzenia. Celem wyświetlenia istotnej przyczyny, przeprowadzono:

Badanie rentgenologiczne na filmie w układzie zgryzowym, przyczem promień główny skierowany był z przodu. Stwierdzono, że mamy do czynienia z torbielą, zarys której występuje wyraźnie na zdjęciu, w postaci dużej plamy o brzegach gład kich i równych. Boczny siekacz, z małą plombą krzemową, u szczytu wykazuje znaczne rozessanie. Ponad siekaczem środkowym widać plamę o zarysach, przypominających koronę kła, w boczno-czołowem ustawieniu (rys. 1). Widać, że torbiel sięga dalej po za szyjkę korony, zakreślając łuk w znacznym odstępie ku tyłowi i ku górze. Dla dokładniejszej orjentacji zrobiono drugie zdjęcie, również w układzie zgryzowym, lecz film przesunięto ku stronie lewej, a promień główny nastawiono po stronie przednio bocznej, pod kątem 50° (rys. 2).



Rys. 1.



Rys. 2.

Na tem zdjęciu zarys torbeli również występuje wyraźnie, sięgając aż do kła lewego. Plama, od koronyzatrzymanego zęba, wyraźnie przemawia za kłem m l e c z n y m. Żadnego zaś zarysu korzenia, tak na pierwszem, jak również na drugiem zdjęciu, nie możemy się dopatrzeć. To objaw jeszcze więcej utwierdził nas w przypuszczeniu, że mamy do czynienia z kłem mlecznym zatrzymanym i przemieszczonym w tył i dośrodkowo. Brak zarysu korzenia nasunął przypuszczenie, że widocznie odbyła się normalna resorpcja korzenia, właściwa wszystkim mlecznym zębom.

Konieczność radykalnej operacji, celem pozbawienia chorej przykrych objawów, bólu i ewentualnych komplikacyj, stała się **oczywistą.**

Przed operacją prześwidrowano siekacz boczny i wydobyto zeń obumarłą miazgę o przykrym zapachu. Po usunięciu miazgi z kanału korzeniowego ukazał się płyn kleisty, brunatny, o lekkim zapachu, który wypływał w większej ilości przy uciskaniu podniebienia. Z siekacza zaś środkowego płyn nie wyciekał, nawet podczas silnego ucisku na podniebienie. Po wprowadzeniu do kanału korzeniowego siekacza bocznego, do okolicy wierzchołkowej, małej kuleczki amalgamatu złota, przygotowanego w 95° alkoholu, w celu wytworzenia tamy, przed stale sączącą się zawartością torbieli, przystąpiono do wyjałowienia kanału korzeniowego środkami silnie odkażającemi. Siekacz środkowy przygotowałem do plombowania tym samym sposobem.

W tem miejscu podaję szybki i dokładny sposób wyjałowienia kanału korzeniowego zęba, przeznaczonego do odcięcia wierzchołka korzenia, w celu usunięcia patologicznie zmienionych tkanek okołozębowych. Sposób ten z dobrym wynikiem stosuję już od szeregu lat.

W literaturze stale się powtarza, że ząb musi być wyleczony i kanał korzeniowy wypełniony lege artis przed operacją odcięcia wierzchołka korzenia. Jednocześnie zdaje się, że najczęściej nie możemy tego wykonać, gdyż przez kanał korzeniowy stale sączy się z torbieli płyn, uniemożliwiając wysuszenie kanału (Pichler). Zaleca się nakłucie torbieli dla wypróżnienia jej treści. Lecz przez takie nakłucie można jedynie zmniejszyć napięcie, nigdy zaś torbieli całkowicie się nie wypróżni Pozatem torbiel wkrótce ponownie wypełnia się płynem.

Postanowiłem więc zabezpieczyć kanał od napływu zawartości torbieli przez wprowadzenie doń małej kuleczki amalgamatu złota, którą przepchałem upychadłem korzeniowem aż do wierzchołka korzenia. Amalgamat złota przygotowuje się zwykłym sposobem. Gdy już nastąpi połączenie rtęci z trocinami metalowemi, wówczas wlewam do miseczki alkohol 95° — 96° i nadal prowadzę zarabianie amalgamatu już w alkoholu. Pierwsze porcje alkoholu stają się brudne i mętne. Zlewam je, dolewam świeżego alkoholu i nadal rozcieram tłoczkiem. To powtarzam je póty, aż alkohol przestanie się brudzić. Wówczas w tym alkoholu pozostawiam amalgamat gotowy do użytku na minut 10 — 15. Następnie po możliwem wysuszeniu kanału korzeniowego, używając tylko narzędzi wyjałowionych, biorę potrzebną mi ilość amalgamatu, przeprowadzam przez płomień lampki spirytusowej, zakładam do ubytku w zębie, i upychadłem korzeniowem Prinza przesuwam aż do wierzchołka korzenia. W ten sposób przedewszystkiem kanał korzeniowy zabezpiecza się od dopływu

cieczy, pochodzącej z okolicy pozawierzchołkowej, a pozatem daje mi to możnośc wprowadzania stężonych leków, wybitnie działających na drobnoustroje bez obawy przedostawania się ich poza otwór wierzchołkowy oraz wywołania podrażnienia w okolocy wierzchołkowej. Po dwóch lub trzech wkładkach, dokonanych, w ciągu 48 godzin, zostaje zupełnie wyjałowiony nie tylko kanał korzeniowy, lecz również i kanaliki zębinowe. Kanał korzeniowy oczyszczam starannie mechanicznie i chemicznie. Następnie, przemywam go 30% rozczynem tymolu w alkoholu i osuszam ciepłem powietrzem. Dla osiągnięcia zaś głębokiej dezynfekcji wprowadzam kamfenol, następnie zakładam kawałek sodu metalicznego i mały tamponik waty, zwilżony w wodzie destylowanej, i przepycham do komory miazgowej za pomocą gutaperki. Następuje rozczepienie wody. Powstały wodór wtłacza kamfenol do kanalików zębinowych i sam również przedostaje się do nich. Zamiast kamfenolu można używać i innych środków dezynfekcyjnych. Stosowałem również metodę prof. Schödera, polegającą na wprowadzaniu estru kwasu krzemowego, albo sposób Dr. Howe'a z amoniakalnym roztworem azotanu srebra, strącanym formaliną lub eugenolem. Jałowość kanału korzeniowego stwierdziłem doświadczalnie. W tym celu wprowadzałem wyjałowione sztyfty papierowe, które po tygodniu usuwałem przenosiłem na pożywki i umieszczałem w cieplarce. Przytem nawet po kilku dniach nigdy nie zauważyłem rozrostu kolonij drobnoustrojowych. Badanie drobnowidzowe również nie wykazało obecności bakteryj. Przed samą operacją przeprowadzam szczelne wypełnienie kanału korzeniowego wyjałowioną gutaperką, umaczaną w paście, albo jałowym amalgamatem złota i ostatecznie plombuję ubytek w koronie zęba.

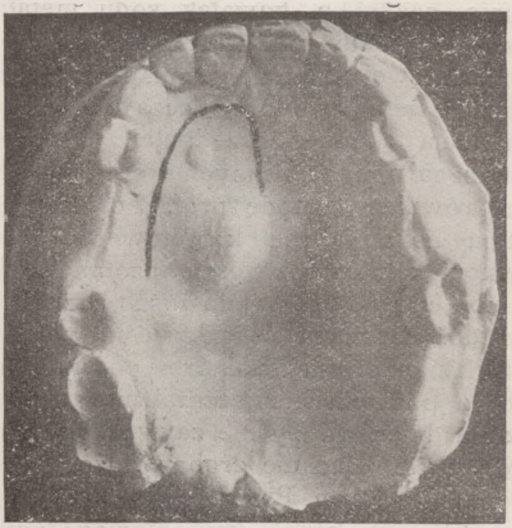
Po dokładnem wypełnieniu kanału korzeniowego u wyżej wspomnianej chorej i zaplombowaniu ubytków, przystąpiłem do operacji.

Zastosowałem znieczulenie przewodowe, dokonując zastrzyku do kanału podoczodołowego, podniebiennego i kanału siecznego.

Cięcie postanowiłem poprowadzić od strony podniebiennej równolegle do łuku zębowego, kończąc je łukiem za zębem siecznym pierwszym, kierując trochę bocznie od linji środkowej (rys. 3). Obrałem tę drogę, gdyż po stronie podniebienia wyczuwał się największy zanik kości, jak również chełbotanie, co wskazywało na szeroki i łatwy dostęp do komory torbielowej. Po dokonaniu cięcia odseparowałem skrobaczką płat błonowo-okostnowy, odchylając go ku tyłowi. W ten sposób

uwidoczniła się ścianka torbieli, którą przeciąłem poprzecznie w celu wyswobodzenia zawartości. Na gazik, przyciśnięty do, cięcia, wylał się płyn brunatny z lekkim odcieniem przykrego zapachu. Po odsączeniu całej zawartości, wyciąłem całą widoczną ścianę torbieli nożyczkami krzywemi. Wówczas dało się widzieć wnętrze komory torbielowej.

Komora była znacznych rozmiarów; sięgała od dołu do pokrycia dna nosa, pozbawionego wskutek ucisku i zaniku.

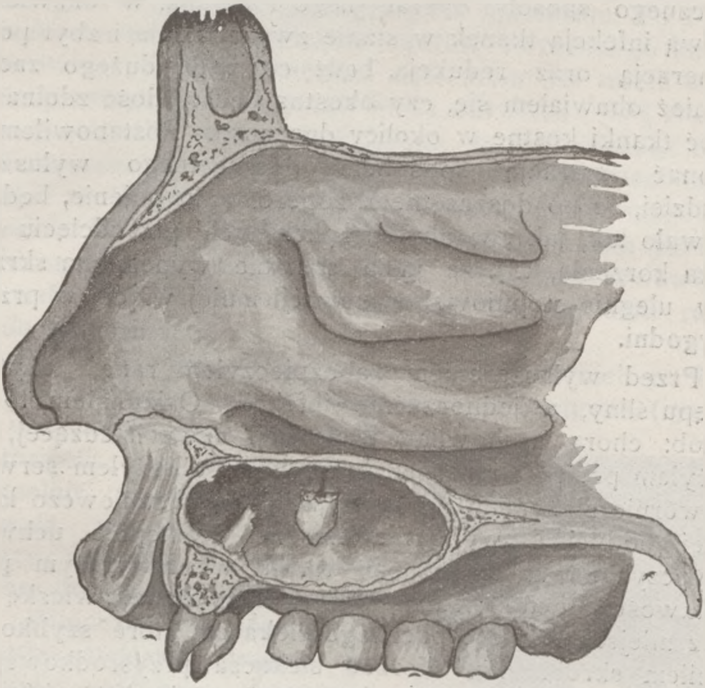


Rys. 3.

Wymacywanie zgłębikniem nie napotykało kości na przestrzeni mniej więcej 2,5 ctm; palec, wprowadzony do jamy nosowej, wyczuwał główkę zgłębnika. W jamie torbielowej było można umieścić duży orzech włoski. Najciekawszem było to, że z najwyższego punktu sklepienia torbieli zwisała na naczyńkach krwionośnych i włókienkach nerwowych korona kła mlecznego, pozbawionego części korzeniowej, co potwierdzało przypuszczenie, że korzeń zatrzymanego kła mlecznego uległ resorpcji naturalnej. (rys. 4).

Szczypczykami anatomicznemi ująłem naczyńka i oberwałem u nasady przy ścianie torbieli. W miejscu oderwania zaczęła sączyć się krew. Po zatamowaniu krwawienia, przystąpiłem do obejrzenia wyściółki torbieli i zbadania jej, ze względu

na powtarzające się od dłuższego czasu (2 lat) sprawy zapalnoropne i wypływanie zawartości przez powstającą przetokę na podniebieniu, która następnie się zasklepiała. Wiemy, że torbiele podlegają zakażeniu i wówczas nie zawierają płynu przezroczystego, lecz ropę. W takich wypadkach ściany torbieli silnie grubieją, a warstwa nabłonkowa podlega zmianom nie do poznania. Lecz wskutek ropienia nie dochodzi do zupełnego zniszczenia nabłonka i nigdy, wskutek zapalenia, nie zanika



Rys. 4.

torbiel. Jeżeli ropa ma odpływ, wówczas po niejakim czasie powstaje wyściółka nabłonkowa. Tak przy samoistnem otwarciu się zakażonej torbieli i jej wypróżnieniu, treść, narazie ropna, staje się jasną, jak woda, a ostatecznie miejsce przebicia goi się i powraca stan poprzedni, t. j. zupełnie zamknięta torbiel z jałową przezroczystą treścią.

Oceniając stan torbieli naszego przypadku, trzeba było uwzględnić właściwości jej ścian.

Ściany były zgrubiałe, miejscami pokryte drobną ziarniną, przy uchwycie wgłębi szczypczykami łatwo się oddzielały od sąsiednich tkanek. Korzeń siekacza bocznego z rozessanym i chropowatym szczytem, wykazującym częściową nekrozę, wystawał do przestrzeni torbielowej na $^1/_2$ swej długości. Widocznie torbiel, rozrastając się i niszcząc tkanki, napotkała szczyt korzenia, została przezeń przedziurawiona i w drodze swego dalszego rozwoju obejmowała coraz to większą część tego korzenia.

Mając przed sobą taki stan ścianek torbieli, zaniechałem klasycznego sposobu operacyjnego Partscha, w obawie przed możliwą infekcją tkanek w stanie zwyrodnienia i zbyt powolną regeneracją oraz redukcją, bądź co bądź dużego zachyłku. Również obawiałem się, czy okostna będzie dość zdolna odbudować tkanki kostne w okolicy dna nosa. Postanowiłem więc wykonać operację sposobem doszczętnego wyłuszczenia w nadziei, że po doszczętnem zoperowaniu gojenie, będzie się odbywało tak, jak i w ubytkach kostnych po odcięciu wierzchołka korzenia, t. j. że jama zostanie wypełniona skrzepem, który ulegnie stopniowej organizacji mniej więcej w przeciągu 16 tygodni.

Przed wyłuszczeniem zabezpieczyłem ranę i ubytek od dostępu śliny, a jednocześnie infekcji. Osiągnąłem to w ten sposób: chorą usadowiłem w pozycji nawpółsiedzącej, do ust założyłem pompę ślinną, język i policzki obłożyłem serwetkam poczwórnie złożonemi z gazy wyjałowionej i stanowczo kazałem chorej oddychać wyłącznie nosem. Następnie uchwyciłem szczypczykami anatomicznemi torbiel w najwyższym punkcie i z łatwością wydobyłem ją, wywracając, jak rękawiczkę z ręki, prócz miejsca naokoło bocznego siekacza, które szybko oswobodziłem skrobaczką. Korzeń siekacza przyśrodkowego nie został uwidoczniony. Natychmiast powstało dość obfite krwawienie ze ścian ubytku. Wdmuchnąłem w niedużej ilości jodoform i możliwie szybko szczelnie ranę zaszyłem. Przewidując możliwość obfitego krwawienia, nie wykonałem odcięcia widocznej części korzenia siekacza bocznego, lecz po zaszyciu rany niezwłocznie usunąłem go, żeby w ten sposób ułatwić odejście nadmiaru krwi przed powstaniem skrzepu. Do zębodołu wprowadziłem ostrożnie, nie przepychając do ubytku po torbieli sączek z gazy jodoformowej. Sączek miał zabezpieczyć skrzep przed przedostaniem się jamy ustnej i ewentualnem jego zakażeniem. Z drugiej zaś strony chciałem pozostawić sobie wolną drogę, w razie gdyby organizacja odbywała się powoli i skrzep częściowo uległ rozpadowi.

Po sześciu dniach chora zjawiła się na opatrunek, który polegał na zmianie sączka, na osuszeniu alkoholem szwów i przepojeniu ich 5% rozczynem jodwazogenu: zabezpiecza to szwy od nasiąkania płynami pokarmowemi, na nich nie hodują się drobnoustroje, jak również nie niszczy się nabłonek, potrzebny do pokrycia rany ciętej, a tkanki pobudzają się do bujania.

Na szósty dzień brzegi rany zrosły się bez widocznej blizny. Szwy były usunięte i miejsca wkłucia posmarowane jodwazogenem. Sączek, zmieniany co 3 dni, nie wykazywał nic podejrzanego i wydzielał wybitny zapach jodoformu. Po dwóch tygodniach zauważyłem na końcu sączka, zwróconego ku torbieli, surowiczy wysiąk. Podczas opatrunku (co trzeci dzień) ostrożnie przemywałem zębodół wodą utlenioną i 0,5% rozczynem lysoformu. Po trzech tygodniach wszelki wysiąk ustał, zębodół znacznie się zwęził i zmniejszył. Postanowiłem zaniechać nadal sączkowania i przyśpieszyć ostatecznie wygojenie się zębodołu. W tym celu ostrożnie wyskrobałem małą łyżeczką chirurgiczną ścianki i brzeg zębodołu. Powstałe krwawienie zaczopowało zębodół, tworząc ochronę. Po tygodniu ranka zasklepiła się zupełnie.

W celu wyświetlenia stanu po usuniętej torbieli po 7 tygodniach od dnia operacji zrobiłem zdjęcie Roentgena (rys. 5). Zdjęcie wykazało zanik wszelkich granic torbieli; dużo jasnych plam, o niezupełnie wyraźnej budowie, wskazywało również, że proces organizacji odbywa się na całej przestrzeni, lecz nie w jednakowym stopniu. Widoczne miejsca, gdzie powstawały beleczki kostne ze zwapnieniem różnego natężenia. Zdjęcie upewniło mnie, że proces odrodzenia kości będzie całkowity. Wymacanie byłych miejsc, pozbawionych kości, wykazało, że po stronie wargowej kostnieniem wypełnił się cały ubytek, tylko na podniebieniu centralna część była elastyczno-odporna, ku obwodowi zaś powstało zupełnie twarde podłoże.



Rys. 5.

W pół roku po operacji jeszcze raz zrobiłem zdjęcie Roentgena (rys. 6), które wybitnie ilustruje pomyślny wynik operacji. Miejsce byłej torbieli zupełnie zanikło, wszędzie widzimy budowę zwapniałych beleczek kostnych. Budowa

w niczem się nie różni od tkanek sąsiednich, jedynie tylko wąskie pasmo w zębodole, po usuniętym bocznym siekaczu, nie uległo ostatecznemu zwapnieniu. Podniebienie i dno nosa wykazują przy ucisku twarde kostne podłoże. Konfiguracja podniebienia zupełnie symetryczna (Rys. 7). Chora stwierdza, że przez cały czas pooperacyjny, aż do obenej chwili, nie wyczuwała żadnego bólu.



Rys. 6.

Co się zaś tyczy długości czasu leczenia i obserwacji chorej po operacji, to trwało wszystko 7 tygodni. W pierwszych sześciu tygodniach założono 14 opatrunków. Następnie chora była pozostawiona bez obserwacji. Na moją prośbę zgłosiła się po czterech miesiącach (6 od dnia operacji), gdyż chciałem zrobić zdjęcie Roentgena i przekonać się, jak szybko postępuje prawa kostnienia.



Rys. 7.

Czas 7-tygodniowy z 14 opatrunkami dla wygojenia się tak dużej torbieli nie jest za duży. Autorzy podają przeważnie zaś dziesięcio-tygodniowy, a nawet dłuższy.

Co się zaś tyczy pochodzenia torbieli, czy powstała ona od zatrzymanego kła mlecznego, czy od bocznego siekacza,

czy od zlania sią torbieli w jedną — wszystko przemawia za torbielą, powstałą od kła mlecznego. Po pierwsze: gdy torbiel rozrastała się od siekacza bocznego, wówczas ścianki odepchnęłyby wolną koronę kła mlecznego i prawdopodobnie przesunęłyby ją pod błonę śluzową dna nosa. Również sąsiednie zęby, wskutek ucisku, uległyby przemieszczeniu lub uchyleniu swej osi podłużnej. Powtóre: gdyby miało miejsce zlania się dwóch torbieli, wówczas w obrębie styczności widocznem byłoby uchylenie, wskazujące na granicę, gdzie się odbyło zlanie.

W naszym wypadku mamy wolno wiszącą koronę kła mlecznego, zajmującego środkowe położenie w torbieli. Torbiel, rozrastając się, napotkała mocno osadzony boczny siekacz, którego korzeń był uchylony ku stronie podniebienia. Powiększając się nadal, nie mogła uchylić korzenia z właściwego miejsca, lecz sama została przedziurawioną, a uciskając szczyt, upośledziła krążenie krwi, co znowu powodowało obumarcie miazg i jej rozpad. Resorpcja szczytu korzenia siekacza bocznego powstała widocznie wskutek zaczynu osteolitycznego w płynie torbieli w okresach zropienia jej zawartości.

Piśmiennictwo.

1. **Astachoff.** Ueber die pathogeneze der Zahnwurzelzysten.
2. **Bauer**. Zeitschrift f. Stomatolog. 1927 r.
3. **Becker**. Die Zahnwurzelzysten.
4. **Berger**. The principles and technique of oral surgery. Brooklyn. New-York 1923.
5. **Broca**. Traité des tumeurs. 1869.
6. **Cieszyński**. Dwa ciekawe wypadki torbieli zawiązkowej. Pol. Dent. 1927.
7. **Cieszyński**. Zahnärztliche Roentgenologie.
8. **Euler Meyler**. Patohistologie d. Mundhöle.
9. **Forment**. Des Kystes corono-dentaires. These de Paris 1926. L'Odontologie 1926.
10. **Haner.** Zeitschrift für Stomatologie 1921.
11. **Malassez**. Sur l'existence d'ames epiteliaux autour de la racine des dens. 1885.
12. **Malassez**. Sur le rôle des debris epiteliaux paradentaires. Archiev de physiologie 1885.
13. **Maurel**. Les accidens des dens incluses dans la voûte palatine. La technique de l'extraction chirurgicale de ces dents. Revue Odontol. 1926.

14. **Mayrhoffer.** Zeitschrift für Mund—und Kieferchirurgie. 1914.

15. **Partsch.** Handbuch d. Zahnheilkunde Bd. I.

16. **Pichler.** Die Konservative Behandlung der Adamantinome. Arch. f. Klin. Chir. Tom 140—1926 r.

16. **Pichler.** O operacjach torbieli korzeniowych. Pol. Dent. 1927 r.

18. **Proell.** Mikroskopie d. Granulome O. U. Vierteljahrschrift f. S. 1911.

19. **Römer.** Ueber d. Granulome u. Zahnwurzelzysten. D. Miscgr. f. Zahn. 1911.

20. **Rumpel.** Die Plazmazellen d. Zahngranulomen.

21. **Schneider.** Ueber die Therapie d. Zahnwurzelzysten.

22. **Schoerbel.** u. Schoenlak. Leitfaden d. normalen und pathologischen Histologie d. Zähne.

23. **Siegmund — Weber.** Histopatologie d. Mundhöhle.

24. **Szepelski.** Torbiele korzeniowe. Przegląd Dentyst 1927 r.

24. **Winter A.** Systematized technic for the removel o impacted maxillary canines. Int. Journ, of Orthod. Oral Surg. und Radiogr. XI 1925.

Résumé.

L'auteur décrit un cas intéressant de kyste folliculaire. Ce cas mérite notre attention, car la canine de lait, incluse, étant cause du kyste chez une femme de 38 ans, avait une position singulière. Cette canine était située du côté palatin et était suspendue librement dans le kyste sur les vaisseaux et les nerfs, la racine, suivant la règle, a subi la résorption normale (fig. 1, 2, 4).

Le kyste, ayant atteint la dimension d'une grande noix, a détruit l'os palatin, le plancher osseux de la cavité nasale et la partie labiale du processus alvéolaire.

La technique opératoire d'extirpation complète du kyste était suivante — l'incision fut faite du côté palatin; le kyste fut ouvert par la section du paroi visible. Dans le kyste on a enlevé la couronne de la canine de lait, pendue librement, on a enuclé le kyste entièrement. La racine saillante de la dent incisive latérale ne fut pas coupée dans le kyste, mais, après avoir sol-

gneusement cousu la plaie pour donner lieu à l'écoulement du sang avant son organisation, on a enlevé cette incisive latérale.

Le traitement dura sept semaines avec quatorze pansements dans les premières six semaines et consistait dans le changement du drain en gaze, imbibée d'iodoforme, mis dans l'alvéole de la dent incisive latérale.

Ce temps n'est pas relativement trop long pour la guérison d'un aussi grand kyste. La radiographie, faite dans six mois après l'opération, a prouvé que la trace de l'ancien kyste a com, plètement disparu, partout s'est formée une structure normale ne différant en rien des tissus osseuses voisines.

L'auteur décrit en détail l'opération de précision et l'état de la malade après l'opération jusqu'à la guérison complète.

Profitant de l'occasion, l'auteur propose sa propre méthode de la promte désinfection du canal dentaire de la dent, destinée à la résection de la pointe radiculaire à cause des changements pathologiques dans la région retro-apienne.

Pour empêcher les liquides de pénétrer de la région retroapienne dans le canal radiculaire, l'auteur introdiut dans l'apex de la racine un petit grain d'amalgame d'or, ensuite il désinfecte le canal à l'aide des médicaments fortement antiseptiques sans peur d'entraîner l'irritation du périodonte.

Pour obtenir la stérilisation complète de la racine il suffit de changer les antiseptiques trois fois en 48 heures, ce qui a été prouvé bactériologiquement.

Dr. med. KONRAD SZEPELSKI Warszawa.
st. asystent Katedry Dentystyki Zachowawczej Państw. Inst. Dentystycznego.

Praktyczne uwagi o rentgenografji i rentgenodiagnostyce w stomatologji.

Jedną z nowszych dziedzin stomatologji jest rentgenografja, której podwalinę w piśmiennictwie polskiem stworzył prof. C i e s z y ń s k i.

Praktyczne uwagi, któremi chcę się tutaj podzielić, będą dotyczyć tak techniki zdjęć, jak fotochemji oraz analizy zdjęć.

Z d j ę c i a z ę b o d o ł o w e, najczęściej przez nas używane, zdawałoby się nie nastręczają żadnych trudności, niemniej jednak, gdy się głębiej zastanowimy, to zauważymy, że sfoto-

grafowanie np. dwóch korzeni pierwszego górnego przedtrzonowca przedstawia dość wielkie trudności i to właśnie w przypadku jaknajprawidłowszym; tam zaś, gdzie ząb stoi poza łukiem lub jest obrócony w koło swej osi, albo też korzenie są zakrzywione, zdjęcie obydwóch korzeni jest zazwyczaj dość łatwe.

Przy zębie normalnym tak co do formy korzeni, jak i ustawienia, zdjęcie w położeniu ortoradjalnem (Cieszyński), da nam tylko pojęcie o rozmiarach ew. zmian przywierzchołkowych, natomiast, aby otrzymać oddzielnie obydwa korzenie, musimy stosować mesio—lub distoekscentryczne (Cieszyński) ustawienie lampy zależnie od tego, którego zęba brak. W razie obecności obu zębów sąsiednich korzystamy z mesioekscentrycznego ustawienia lampy, słabo tylko akcentowanego (około 3° — 5°).

Do innych lecz już mniejszych trudności, należy zaliczyć, fotografowanie górnych, trzonowców. Ortoradjalne ustawienie da nam wszystkie trzy korzenie; (rys. 1) aby otrzymać oddzielnie tylny lub przedni policzkowy korzeń, przesuwamy lampę w mesio lub distoekscentryczne ustawienie o 30° w stosunku do ortoradjalnego.

Przy fotografowaniu górnych trzonowców jeszcze nas czekają komplikacje ze strony „cieni" albo kości jarzmowej albo jej łuku. (rys. 2). Unikamy tego, nastawiając lampę na wierzchołki trzonowców w linji, przebiegającej niżej o 1 cm., ale równolegle do linji Frankfurckiej poziomej, przyczem dla pierwszego trzonowca wykorzystujemy przecięcie tej linji z linją pionową, przechodzącą przez zewnętrzny kąt oka; dla drugiego i trzeciego trzonowca odsuwamy się od tego punktu o $1\frac{1}{2}$ cm. w stronę ucha.

Przechodząc z kolei do zdjęć zgryzowych, ustaliłbym przedewszystkiem wskazania do ich zastosowania w następujących przypadkach:

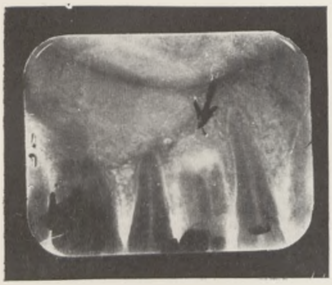
1° szczękościsk,

2° nadmierna pobudliwość do wymiotów,

3° w celu dokładnej topografji torbieli w szczęce górnej.

Technika zdjęć tych jest prosta. Film najodpowiedniejszy 58×76 mm. Pozycja pacjenta w tym wypadku przy zastosowaniu statywu prof. Cieszyńskiego — leżąca, przy aparacie np. Rittera-Bibera dla dolnych zębów siedząca z głową zarzuconą w tył o 50° w stosunku do poziomu. Nastawienie lampy o—20°; dla górnych zębów przy aparacie Rittera-Bibera Frankfurcka

Tablica I.



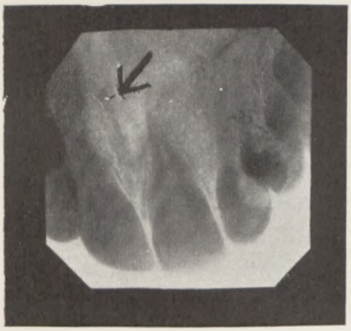
Rys. 1.



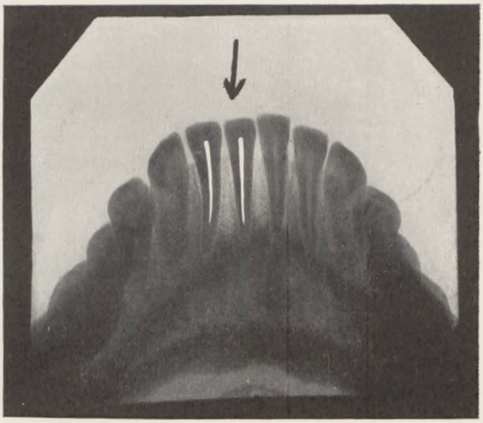
Met. wł. autora. Rys. 4.



Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 5.

ZAKŁ. GRAF. B. WIERZBICKI I S-KA, WARSZAWA.

pozioma przebiega równolegle do poziomu, kąt 10°—15° większy, niż przy zdjęciu zębodołowem. Tutaj zaznaczyć muszę, że o ile tylne dolne zęby można otrzymać, zwieszając głowę pacjenta w tył tak jak np. przy narkozie, to górne trzonowce do zdjęcia zgryzowego nastręczają pewne trudności. W tym celu posługuję się swoją własną metodą:

Po usadzeniu pacjenta tak, aby Frankfurcka pozioma była równoległą do poziomu, nastawiam lampę tak, aby promień górny padał na skroń danej strony pod kątem 50°—55°. Zwiększam twardość promieni od maximum i eksponuję przy dwustronnym filmie 6 sekund (rys. 4). Zdjęcie takie nadaje się najwięcej przy torbielach lub retencjach do celów topograficznych, jednakże i przy ustaleniu zmian przywierzchołkowych może i powinno być stosowane.

Z kolei przechodząc do zdjęć p o z a u s t n y c h, muszę podkreślić ogromne znaczenie, jakie tutaj ma regulacja twardości promieni.

Np. przy zdjęciach żuchwy we wszystkich trzech ukośnych ułożeniach w/g prof. Cieszyńskiego lub przy skręcie P o r d e s'a stosować należy promienie miękkie (w pierwotnem uzwojeniu transformatora wysokiego napięcia około 90 volt). Przy zdjęciach natomiast zatok szczękowych stosujemy (120 volt) promienie najtwardsze; jednak ekspozycja tutaj będzie dość długa (np. przy dwóch ekranach krzemianowo-cynkowych i filmach dwustronnych Kodaka około 5—6 sekund) Tabl. III i IV.

Zupełnie odrębną grupę stanowią zdjęcia s t a w u ż u c h w o w e g o.

P o r d e s używa w tym celu pozycji siedzącej pacjenta i ustawia film w pozycji równoległej do płaszczyzny strzałkowej promień główny zaś przebiega prostopadle do filmu w wycięciu półksiężycowatem bliższej (do lampy) szczęki.

Aby osiągnąć ten sam wynik, H a u b e r i s s e r zakłada głowę pacjenta (leżącego) tak, aby odnośny staw żuchwowy spoczywał na kasecie, zawierającej film, przyczem głowę przy pomocy np. wałka z ligniny unosi ku sobie. Promień główny przebiega ukośnie od przodu ponad drugim trzonowcem przeciwległej strony ku ramieniu wstępującemu. W pracy H a u b e r i s s e r a, traktującej o tej metodzie, niema nic ani o woltażu ani o czasie ekspozycji.

Dążąc do tego, aby wszystkie zdjęcia stomatologiczne odbywały się w pozycji siedzącej na fotelu, wypracowałem swoją własną metodę, służącą do sfotografowania ramienia wstępującego oraz stawu żuchwowego.

Pacjenta sadzam w tym celu w fotelu dentystycznym z głową zarzuconą w tył pod kątem 40° do poziomu. Film wymiaru 13×18 ustawiam równolegle do strzałkowej płaszczyzny. Promień główny przebiega tuż ponad powierzchnią żującą drugiego trzonowca strony stojącej bliżej lampy i kieruje się możliwie prostopadle do ramienia wstępującego. Przy użyciu aparatu Rittera-Bibera z lampą Coolidge'a używam wtedy w pierwotnem uzwojeniu transformatora wysokiego napięcia 110 volt, prąd żarzenia wynosi 10 miliamperów. Przy użyciu filmów Kodak Dupli Tized Super Speed i dwóch folji wzmacniających (krzemianu cynku) Heydena ekspozycja wyniesie 2—3 sekund. Tabl. V.

Inne zdjęcia pozaustne, jak ciemieniowo-bródkowe oraz bródkowo-ciemieniowe wymagają znacznie dłuższej ekspozycji.

Na zakończenie nadmienić muszę, że do zdjęć zatok szczękowych, chociaż instrukcja przy aparacie Rittera-Bibera pozwala na wykonanie zdjęcia w pozycji siedzącej, to jednak rezultaty otrzymujemy nader nikłe i ja w tych wypadkach korzystam z pomocy stolika, na którym pacjent układa głowę, przez co umożliwia jej umocowanie. Ekspozycja wtedy przy najtwardszych promieniach i 10 miliamperach żarzenia wynosi 6 sekund. (bez stożka).

Wszystkie te zdjęcia wykonywałem na filmach Kodak, gdyż filmy AGFA są teraz niedostępne. Filmy zaś Pathé dają gorsze wyniki, prócz tego wymagają dłuższego wywoływania pozatem dają mniejsze kontrasty.

Zupełnie na uboczu stoją filmy Kodak t. zw. Bite-Wing. Do naszych celów wcale one się nie nadają, bo odległość od podstawy papierowego trzymadełka do brzegu filmu wynosi około 20 mm., a ponieważ optimum zdjęcia w/g Cieszyńskiego pozwala i nawet wymaga skrótu do $^1/_{10}$ naturalnej wielkości zęba, to na tym filmie zmieścilibyśmy zaledwie sam ząb bez jego ew. zmian przywierzchołkowych. Filmy te mają zastosowanie głównie w Ameryce przy sporządzaniu djagramów szczęk.

Co się tyczy wyboru wywoływacza to wywływacz metol-hydrochinonowy należy uważać za uniwersalny. (Metolu 2.0, Hydrochinonu 5.0, wody 500.0, do tego dodać po rozpuszczeniu metolu z hydrochinonem natrii sulfurosi 150.0 i na zakończenie wody 500.0 kalii carbonici 40.0 i kalii bromati 1.0).

Dla uwydatnienia plastyki torbieli lepiej jest używać glycynowego wywoływacza według recepty: Natrii sulfurosi 150.0, glycyny 25.0, wody litr. Dla wydobycia kontrastu przy zdjęciach zatok użyjemy amidolu według następującej recepty: Wody 1000.0 natrii sulfurosi 250.0, amidolu 20.0. Do użytku rozcieńczamy w stosunku 1 : 3 i po użyciu wylewamy.

Tablica II.



Do pracy D-ra med. Szepelskiego.

ZAKŁ. GRAF. B. WIERZBICKI I S-KA, WARSZAWA.

Tablica III.



Zdjęto promieniami twardymi.

Do pracy D-ra med. Szepelskiego.

ZAKŁ. GRAF. B. WIERZBICKI I S-KA, WARSZAWA

Tablica IV.



Zdjęto promieniami miękkiemi.

Tablica V.



Met. wł. autora.

Do pracy D-ra med. Szepelskiego.

Powszechnie wiadomem jest, że wywoływanie w temperaturze wyższej przebiega szybciej oraz wydobywa większe kontrasty.

Prof. Cieszyński nie przekracza temperatury = 21° C: wywoływanie trwa wtedy około 4 minut. Ja przekraczałem tę granicę i wywoływałem w wywoływaczu wrzącym; wywoływanie to trwało jednak około minuty i nadzwyczajnych jakichś kontrastów nie dawało, więc praktycznie to niema zastosowania. Natomiast film, tak przygotowany do znoszenia wysokich temperatur, pozwala na suszenie filmów nad ogniem palnka Bunzena.

Przygotowaniej filmu o wymiarach 31 X 41 mm polega na wymoczeniu go w 4% formalnie w ciągu 10 — 15 minut.

Przy takiem suszeniu zdjęcie nabiera kontrastów oraz skraca znacznie czas pracy co pozwala, na wydanie zdjęcia z laboratorjum w ciągu kilkunastu minut.

Co się tyczy odczytywania rentgenogramów, tu muszę nadmienić, że pomimo najlepszego wykonania trafiają się czasami niejasności, które może wyjasnić tylko dokładny wywiad.

Tak np., jak to widzimy na rysunku 3-ím w pobliżu środkowego górnego siekacza jest widoczną czarna plama, którą można by było uważać za zmiany przywierzchołkowe. Dokładny jednak wywiad i badanie prądem faradycznym wyjaśniają nam, że plama ta jest ujściem wewnętrznym kanału siecznego.

Jeżeli mamy sprawę ostrą ropną zapalną lub nawet na świeże zejście w obrębie *fossa canina,* to w tem miejscu otrzymamy zamglenie rysunku kości, co może się rzutować na zatokę szczękową i w rezultacie dawać nam obraz schorzenia zatoki danej strony i wtedy stajemy przed zagadką, dlaczego zdjęcie przemawia za stanem patologicznym zatoki, a wywiad i stan obecny temu zaprzecza. Zdjęcie na tabl. II właśnie przedstawia nam taki obraz.

Z innych możliwych omyłek należy na zakończenie wspomnieć, że przy ostrych ropnych sprawach otrzymujemy na zdjęciu ciemne dość ostre linje, idące zazwyczaj równolegle do osi zębów, które w związku z wywiadem, wykazującym urazmechaniczny, mogłyby nasuwać przypuszczenia o ewentualnem odłamaniu wyrostka zębodołowego od strony zewnętrznej. (rys. 5).

ZUSAMMENFASSUNG.

Der Verfasser gibt einige praktische Winke in der stomai tologischer Roentgenographie u. Roentgenodiagnostik und zweeignene Methoden der Aufnahmetechnik an. Sie sind die Aufbissmethode für die oberen Molaren u. für die extraorale Aufnahme des Kiefergelenkes u. des aufsteigenden Astes.

DZIAŁ STRESZCZEŃ.

HANS MORAL. **Patologja szczegółowa jamy ustnej.** (Spezielle Pathologie der Mundhöhle. Die Fortschr. d. Zahnheilk. tom. IV)

KRWAWIENIA.

Sprawie krwawienia poświęca się ostatnio więcej zainteresowania. Wielkość rany nie jest miernikiem dla rokowania w krwawieniu; często okazuje się, że rany b. małe są jednocześnie b. niebezpieczne. Choć rana poekstrakcyjna nie jest wielka, znane są przypadki skrwawienia się po wyjęciu zęba. Seidel zebrał 32 przypadki śmierci naskutek krwawień. Nie każdy przypadek krwawienia można zaliczyć do krwawiączki (*haemophilia*), gdyż ona ma ściśle określone cechy.

Często wypowiada się niesłuszne zdanie, że tamowanie krwawienia spowodowane jest krzepnięciem krwi, podczas gdy ono jest tylko jednym z czynników i to nie pierwszorzędnym. Błąd, jaki się popełnia, to brak rozpoznania. Racjonalne leczenie może się oprzeć tylko na pewnem rozpoznaniu.

Odróżniamy krwawienie świeże bezpośrednio przy zadaniu jakiejś rany i krwawienie przedłużone. Wydaje się, jakoby kobiety podczas perjodu dłużej krwawiły. Wassmnud zauważył również przedłużenie krwawienia w okresie przed—i po perjodowym, co ma być w zwiazku z n. sympaticus, który w tym czasie jest pod wpływem hormonów jajnika. Suprarenina w tym okresie nie działa normalnie, skurcz naczyń jest słabszy, działanie znieczulające jest mniej skuteczne. Skłonność do krwawień podczas ciąży stwierdził Caro.

Do przedłużonego krwawienia podobne jest pokrwawienie atoniczne, następujące w kilka godzin po ustaniu krwawienia świeżego.

Tamowanie krwawienia nie jest procesem biernym, przy którym otwarty koniec naczynia zostaje przez zakrzep zamknięty, lecz jest to kompleks zjawisk, w którym nerwy i naczynia biorą udział czynny i przy którym znaczną rolę odgrywają produkty rozpadu komórek oraz zaczyny. Gdy dla celów rozpoznawczych zadajemy ranę, ta przez pewien czas krwawi niezależnie od tego, czy dużo lub mało naczyń zostało przeciętych, gdyż czas, w ciągu którego dochodzi do czynnego zamknięcia naczyń, jest zawsze w przybliżeniu ten sam, tylko że z większej rany w tym samym czasie nieco więcej krwi

wypływa. Obok tego czynnego zwężenia naczyń gra rolę i krzepnięcie, lecz mierzeniu czasu krzepnięcie nie należy przypisać dominującej roli.

Niezależnym od czasu krzepnięcia jest czas krwawienia. Są to 2 niezależne od siebie czynniki. Czas krwawienia u osobnika zdrowego wynosi do 3 min., a najmniejsze przedłużenie tego czasu już ma wielkie znaczenie. W środowisku zimnem krwawienie jest obfitsze. Jeżeli się zechce stąd wyciągnąć wnioski dla dentystyki, to płukanie wodą zimną (co niestety wciąż jeszcze ma miejsce) utrudnia tamowanie krwawienia.

Z powyższego wynika, że ustalenie czasu krwawienia ważniejsze jest dla rokowania w przypadkach krwawienia z ran poekstrakcyjnych, niż czas krzepnięcia.

Przy krwawiączce jest normalny czas krwawienia, a zaburzenie w czasie krzepnięcia, przy trombopenji zaś mamy przedłużony czas krwawienia przy normalnym czasie krzepnięcia. Oczywiście są wyjątki, które mogą dawać niespodzianki. Stefan stwierdził u hemofilityka zamknięcie cięcia w płacie usznym po 2.30 min. lecz ten sam chłopak skrwawił się przy zadraśnięciu języka. Badanie krwi ma jeszcze i to znaczenie, że umożliwia unikanie niezbyt koniecznego zabiegu w wypadkach rokowania niepewnego. U chorych takich należy wykonać zabieg tylko w tym wypadku, jeśli jego niewykonanie może prowadzić ad *exitum letalem*. Stąd też wniosek, że krwawiączka jest ścisłem przeciwwskazaniem dla jakiegobądź zabiegu krwawego, póki niema ku temu *indicationis vitales*. Zaznaczyć tutaj trzeba, że przypadki krwawiączki prawdziwej są nader rzadkie.

Wszystkie przypadki z odchyleniem w przebiegu krwawienia można podzielić na 2 grupy: pierwszą ze zmianami miejscowemi i drugą ze zmianami natury ogólnej. Grupa pierwsza znacznie przeważa nad drugą. Wobec tego często zdarzyć się może, że praktyk widział dużo przypadków anormalnego krwawienia i wszystkie z grupy pierwszej.

Na początku krwawienia nie można odróżnić, czy jest to krwawienie atoniczne, czy krwawiączka, choć są to dwa zupełnie odmienne obrazy chorobowe.

Do zaburzeń miejscowych zalicza się przedewszystkiem akie, kiedy naczynie krwionośne nie jest całkiem przedarte i tem samem nie może się ani skurczyć ani rozkurczyć. Te przypadki, zarówno jak i takie, gdzie naczynie zostało zadraśnięte przez nprz. drzazgę kostną, są w dentystyce nader rzadkie. Tutaj zaliczyć należy te wszystkie przypadki, kiedy wyłyżecz-

kowanie zębodołu powoduje zatamowanie krwawienia. Działają tu substancje, wpływające na vasoconstrictory, a znajdujące się w każdej ranie. — Dalej zaliczyć tutaj trzeba *arteriosklerosę*, lecz nie ma ona w dentystyce dużego znaczenia, gdyż zmiany w naczyniach szczęk występują znacznie później, niż nprz. w mózgu i sercu. Ze zrozumiałych względów u tych chorych unikamy używania suprareniny i tem samem już krwawienie jest obfitsze, niż u innych chorych.

Najczęstszą formą krwawień z przyczyn miejscowych jest krwawienie atoniczne, której przyczyna tkwi w tem, że skurcz naczyń, który normalnie trwa tak długo, póki tworzy się zakrzep, tutaj ustępuje zbyt wcześnie. Jak długo trwa normalnie stan skurczu naczyń, nie wiemy; tak samo nie wiemy, w jakim czasie tworzy się zakrzep. Odróżnić powyższą formę od innych form krwawień jest b. trudno, prawie niemożliwe. Przeciwko krwawiączce przemawia normalna analiza krwi, która powtarzana, nie wykazuje nic patologicznego. Prócz tego krwawienia atoniczne łatwo poddają się leczeniu. Oczywiście, że i przy atonicznym krwotoku może nastąpić większy upływ krwi, nieznany jednak jest przypadek, by atoniczny krwotok w jamie ustnej mógł przyczynić się do śmierci.

Z kolei *pokrwawienie septyczne*, które w przeciwieństwie do formy poprzedniej należy do wielkiej rzadkości. Istota tego schorzenia polega na tem, że zakrzep, zamykający światło naczynia, ulega rozpadowi naskutek działania drobnoustrojów gnilnych i ciśnienie prądu krwi po ustaniu początkowego zwężenia naczyń wyrzuca resztki zakrzepu i krew wypływa. Pozatem wytwarzane przy rozpadzie gnilnym substancje działają rozszerzająco na naczynia. Przy obfitej obecności w jamie ustnej drobnoustrojów gnilnych dziwić się można tylko, że owe pokrwawienia septyczne są tak rzadkie, podczas gdy dość często widzimy zainfekowanie zakrzepu zębodołowego. Martwe białko w zakrzepie, czy to naczyniowym, czy to zębodołowym jest doskonałem podłożem dla rozwoju drobnoustrojów gnilnych, przytem sprzyjają temperatura ciała oraz wilgoć. Do przyczyn ogólnych, wywołujących krwotoki, należy: ż ó ł t a c z k a (Icterus), przy kt. we krwi jest nadmierna ilość barwników i kwasów, żółciowych. Poważniejsze są: n i e d o k r w i s t o ś ć z ł o ś l i w a b i a ł a c z k a, M o r b u s m a c u l o s u s W e r l h o f i i oraz k r w a w i ą c z k a (h a e m o p h i l i a). Cechy tych chorób w związku z krwawieniem są to: przedłużenie w czasie krwawienia, przedłużenie w czasie krzepnięcia, skłonność do spon-

tanicznych krwotoków oraz krwawienie za najmniejszem podrażnieniem.

Jeśli u człowieka zdrowego założymy na ramieniu opaskę, wystąpi sine zabarwienie skóry, u chorego zaś na trombopenję wystąpią po 15—20 min. obwodowo od opasanego miejsca wylewy krwawe. Jest to metoda Rumpel-Leede'go i jest dla powyższej choroby zjawiskiem typowem. Klinicznie ważną cechą dla tej choroby jest przedłużony czas krwawienia, t. zn. czas, w ciągu którego z rany, zadanej dla celów rozpoznawczych, sączy krew. Czas krzepnięcia (czas, w ciągu którego krew wzięta wykazuje początek oraz koniec krzepnięcia) zaś jest normalny. Odwrotnie jest przy krwawiączce: normalny czas krwawienia, przedłużony czas krzepnięcia. Przy tej chorobie są też i wyjątki, jak nprz. nawet skrócony czas krzepnięcia w stanach dużego upływu krwi. Odnośnie trombopenji najważniejszym objawem jest zmniejszenie płytek krwi, nawet ich zupełny brak. Jest to choroba b. rzadka. Droga do zupełnego wyleczenia prowadz przez wycięcie śledziony.

O ciężkich krwawieniach u chorych na niedokrwistość złośliwą oraz na białaczkę podaje Schroffi Początkowo rana w ustach takich chorych wygląda jak u zdrowych lub jak przy krwawieniu atonicznem, dopiero dokładniejsze badania umożliwiają rozpoznanie.

Najbardziej znaną, przytem najgroźniejszą, jest krwawiączka, występująca, czy to sporadycznie, czy dziedzicznie. Obie formy są jednakowe. Aby upewnić się w rozpoznaniu, należy stwierdzić przedłużony czas krzepnięcia. W praktyce zauważyć można pewną lekkomyślność, nakazującą każde nieco dłuższe krwawienie uważać odrazu za hemofilję. Choroba ta jest zbyt poważna i niebezpieczna i nie należy tak pohopnie stawić takiego rozpoznania. Normalnie hemofilja tak wygląda, że rana w normalnym czasie przestaje krwawić, a po pewnym czasie krwawienie nanowo zaczyna. Że krwawienie ustaje w normalnym czasie, należy kłaść na karb normalnego czasu krwawienia, co przy krwawiączce nie ulega zmianie, a co jest nam znane tylko z przejawów, a nie z istoty. Należy sobie tak przedstawić, że mechanizm krwawienia u powyższych osób początkowo przebiega jak u osób zdrowych, że naczynia, którym przypisać należy główną czynną rolę w tamowaniu krwawienia, zachowują się normalnie. A teraz, gdy naczynia wchodzą w okres, kiedy już nie są pod wpływem odbytego obrażenia i być może i powstałych hormonów, główną rolę obejmuje krew

sama, która winna wytworzyć zakrzep, wtedy dopiero występuje owe niebezpieczeństwo, gdyż u hemofilityka krew nie jest w stanie wytworzyć zakrzepu w ciągu tego czasu. I w tem tkwi zasadnicza różnica między krwawiączką a atonicznem krwawieniem, przy którem skurcz (tonus) naczynia ustaje za wcześnie, przed upływem normalnego czasu, w ciągu którego może utworzyć się zakrzep.

PRZERZUT ZAKAŻENIA.

Sprawa zakażenia ogólnego pochodzenia zębowego zaprzątnęła ostatnio zupełnie umysły lekarzy prawie całego świata, stworzyła dużo cennych prac.

Dzięki pracom Partscha przywykło się myśleć w ten sposób, że ziarniniak przywierzchołkowy jest obroną dla organizmu przed infekcją, której źródłem jest ząb. Nieliczni autorzy w Niemczech wówczas już przemawiali w sensie rozpostarcia, unoszenia drobnoustrojów z tego ziarniniaka. (Passler 1911 i Laudgraf 1909), lecz myśl ta nie była dokładnie opracowana i prócz tego ma się wrażenie, że autorom tym chodziło o rzeczywistą sepsis o typowym przebiegu.

Bliżej wyżej wypowiedzianych myśli był w r. 1914 Misch twierdząc, że wiele niezrozumiałych przypadków możnaby rozwiązać, gdyby przy sekcji bardziej zwracano uwagi na zęby To, co amerykanie rozumieją pod Oral sepsis, pokrywa się prawie ze zdaniem, wypowiedzianem przez Mischa. W Ameryce ugruntowali tę naukę Billings (Chicago) i E. C. Rosenow (Rocherter). Leży to w naturze rzeczy, że się głównie ziarniniakowi poświęca tyle uwagi, a nie mówi się wcale o kieszonkach dziąsłowych przy ropotoku dziąsłowym, wcale nie mniej ważnem źródle infekcji, niż ziarniniak. Jeśli jest mowa o źródłach infekcji, należy zawsze uwzględnić oba te źródła.

Podstawą dla tej całej nauki o zakażeniu przerzutowem (oral sepsis) były doświadczenia laboratoryjne, tak szeroko (iście po amerykańsku) przez Rosenowa przeprowadzone, przytem poświęcone były w pełnem tego słowa znaczeniu hekatomby psów, królików i świnek morskich. Z punktu widzenia bakterjologji nauka ta opiera się na możności elektywnego umiejscowienia, t. zn. własności niektórych drobnoustrojów do umiejscowienia się przedewszystkiem w pewnych narządach.

Pytanie, którędy drobnoustroje, dostają się z ogniska infekcji do organizmu, nie zostało rozstrzygnięte. Ognisko zakaźne zawiera drobnoustroje wirulentne. Jest ich mniej w ziarniniaku w „stanie spokoju", niż w okresie „zaostrzenia". Torbiele, które w sposób wiadomy rozwijają się z ziarniniaka, z małemi wyjątkami można uważać za jałowe. Zainfekowanie torbieli jest zjawiskiem wtórnem.

P a r t s c h i jego uczniowie przyzwyczaili nas do myśli, że w ziarniniaku kryje się środek obronny, ci też przypuszczają, że nowotworząca się tkanka łączna jest przeszkodą dla rozwoju drobnoustrojów oraz ich przenikania do organizmu. Teza ta wcale nie jest przez teorję o przerzucie infekcji uchyona, lecz tylko uzupełniona, gdyż, gdyby Partsch nie miał racji, spotykałoby się codziennie ostre infekcje pochodzenia zębowego. Stan równowagi między drobnoustrojami i organizmem występuje w ziarniniakach starszych, które, otorbione zbitą tkanką łączną, oddzielone są od kości. Przy braku tej równowagi stwierdzić można w tkance łącznej odczyn w postaci rozmnażania komórek; otorbienie tkanką zbitą nie następuje. Stare ogniska tylko wówczas stają się niebezpiecznemi, gdy nastąpi nagły wybuch procesu zapalnego oraz możliwość przejścia dużej ilości drobnoustrojów do organizmu. Gorzej jest w ogniskach młodszych, gdzie ta równowaga jeszcze nie nastąpiła, które nie posiadają otoczki i są mniej lub więcej rozlane.

Ząb zdrowy na rentgenogramie przedstawia się w ten sposób: równolegle do powierzchni zęba przebiega równomiernie szeroka szpara; oddzielona od zęba lecz do niego równolegle przebiega delikatna linja — jest to nieco zgrubiała powierzchnia wewnętrzna zębodołu. Linję tę słusznie nazwano l i n j ą z ę b o d o ł u. Gdy na rentgenogramie linja ta jest we wszystkich miejscach jednakowego kształtu, można wnioskować, że spraw zapalnych, godnych uwagi, brak. W razie ich obecności przychodzi do nacieczenia, do rozpuszczenia soli wapnia oraz zatarcia powyższej linji. Klinicznie znamy *zapalenie zębodołu.* Zazwyczaj proces nie ogranicza się do ozębnej lub okostnej, lecz przechodzi i na kość i słuszniej będzie określić to jako *ostitis dissecans.* Z powodu niezupełnego odgraniczenia takich ognisk, z których z biegiem czasu tworzą się ostro odgraniczone ziarniniaki, jest dana możliwość przejścia drobnoustrojów do organizmu.

Podczas gdy przy ziarniniaku może nastąpić pewne zatamowanie w działaniu drobnoustrojów, a więc niebezpieczeństwo

nie jest tak wybitne, to przy ropotoku zębodołowym taki spokój w działaniu patologicznem nie następuje nigdy. Warstwa nabłonkowa oddziela coprawda części kieszonki dziąsłowej od głębiej leżących części, lecz niebezpieczeństwo infekcji przez to nie jest usunięte. Przeto ogniska takie wcale nie są mniej groźne niż ziarniniakowe.

Otwarty i pozbawiony miazgi ząb daje obraz rany o cechach swoistych. Wszelkie rany ciała po pewnym czasie bliznowacieją, t. zn. pokrywają się nabłonkiem, w zębie zaś ze względów anatomicznych zdarza się to wyjątkowo i to w stopniu niedostatecznym. Przejście do ograniczeń w tem miejscu nie natrafia na przeszkody. W miejscu, gdzie miazga została przedarta lub nastąpiła martwica, niema nabłonka, a te części, które zostały z czasów rozwojowych, nie nadają się, rzadko się zdarzają i są za luźne. Ząb więc jest w warunkach wyjątkowych i wymaga również postępowania wyjątkowego. To wyjątkowe postępowanie leży w opatrywaniu kanałów korzeniowych oraz ich wypełnianiu. Lecz wszystkie dotychczasowe środki oraz metody wypełnienia korzeni nie dają tego, do czego najwięcej się dąży, nie tworzą barjery między zębem a ustrojem.

TORBIELE

W sprawie etjologji torbieli można stwierdzić, że warunkiem wstępnym dla rozwoju torbieli korzeniowej jest obumarcie miazgi, gdyż przy zębie ze zdrową miazgą torbiel korzeniowa nie może powstać. Torbiel korzeniowa rozwija się z ziarniniaka, owej typowej formy zapalenia ozębnej, jako skutek podrażnienia, idącego ze strony komory miazgowej, najczęściej pochodzenia bakteryjnego. Torbiel może rozwijać się tylko z tych ziarniniaków, które zawierają nabłonek, co do pochodzenia którego ścierają się poglądy Grawitza i Malassez, z których Malassez ma więcej zwolenników. Rohrer wypowiada zdanie, że torbiel może rozwinąć się z ziarniniaka, w którym nabłonka niema, a więc bez resztek embrjonalnych podług Malassez, lecz twierdzenie to jest sprzeczne z samą definicją torbieli i dlatego dla tworów, opisanych przez Rohrera, należałoby dać inną nazwę. 10% wszystkich ziarniniaków zawiera nabłonek, a więc ilość torbieli nie jest duża, zgadza się to ze spostrzeżeniem klinicznem. Co do patogenezy torbieli — Becker i Williger mówią o urazie, Rohrer wini

drobnoustroje i ich toksyny. Przywykło się na torbiel patrzeć, jako na twór jałowy. Słuszniej będzie przyjąć, że jest to stan równowagi między drobnoustrojami a organizmem, wobec tego torbiel zropiała jest to torbiel, w której owa równowaga została zaburzona. Będzie to zgodne ze spostrzeżeniem klinicznem, gdyż rzadko kiedy można w torbielach zropiałych znaleść wrota zakaźne Ważnemi wydają się być urazy chemiczne oraz mechaniczne, jakie łatwo się zdarzają podczas leczenia korzeni. Należy pomyśleć o tem, że leki, używane do opatrunków w korzeniach, działają nie tylko na zawartość kanałów, lecz ich działanie sięga i poza obręb przywierzchołkowy i może wpływać pobudzająco na utworzenie blizny w częściach miękkich mogą też działać szkodliwie, pobudzając ziarniniak do przeistoczenia się w torbiel. W podobnym sensie mogą działać i czynniki mechaniczne.

Dr. M. Kalisz lekarz-dentysta (Łódź).

Z TOWARZYSTWA LEKARZY — DENTYSTÓW WARSZAWSKICH.

Na 124-em zebraniu naukowem, odbytem dnia 16/XI 1928 r.

Lek.-Dent. STANISŁAW BLIKLE wygłosił referat

„O powstawaniu obrzęków“,

który w formie autoreferatu podajemy.

Zaznaczywszy na wstępie, że w praktyce lekarsko-dentystycznej mamy tak często do czynienia z obrzękami twarzy, dziąseł, podniebienia, języka lub gardła, iż ten stan patologiczny tkanek uchodzi niemal za zjawisko powszednie, referent przechodzi do wykazania, iż sprawa powstawania obrzęku nie jest tak prostą, jakby się to na pozór zdawać mogło.

Główną treścią wszelkich obrzęków jest woda, to też jej stosunek do ciał stałych oraz rozmieszczenie normalne w tkankach wymaga bliższego omówienia. Dwie trzecie wagi ustroju przypada na wodę i ten stosunek, dzięki sprawności wszystkich narządów, ulega bardzo nieznacznym zaledwie wahaniom.

Jednakże, w przypadkach dostarczenia ustrojowi dużych ilości wody, spostrzegano pewne rozwodnienie krwi, lecz tylko w ciągu pierwszej pół godziny, a więc szybko przemijające.

Krew bowiem jest taką tkanką, która posiada zdolność w stopniu najdoskonalszym (w porównaniu z innemi tkankami ciała) utrzymywania swego stałego składu.

Zanim jednak ten nadmiar wody zostanie stopniowo wydalony z ciała przez nerki, płuca, skórę lub przewód pokarmowy, gromadzi się ona w mięśniach i powięziach łącznotkankowych, osłaniających pęczki mięśni, w skórze, wątrobie i śledzionie. A więc tkanka łączna odgrywa tu ważną rolę jako regulator przemiany wodnej w organizmie.

Przy powstawaniu większych obrzęków, w stanach patologicznych, ilość wody ustrojowej wzrasta ponad wskazaną normę, gromadząc się głównie w tkankach łącznych i jamach surowiczych: brzusznej, opłucnej i osierdziowej. Ten przyrost wody wynosi do 10% wagi ciała i może być wykryty tylko przez ważenie ciała. Jest to stan t. zw. przedobrzękowy.

Następnie referent przechodzi do omówienia kwestji, kiedy należy uważać proces fizjologiczny przenikania cieczy z naczyń krwionośnych za stan patologiczny? Wskazuje więc najpierw na cały szereg przyczyn, które ułatwiają odpływ normalny tego płynu przez naczynia limfatyczne, co niedopuszcza do tworzenia się obrzęku. — Otóż główną siłą, działającą w tym kierunku, jest r ó ż n i c a n a p i ę c i a, jakie istnieje w rozgałęzieniach siatkowatych naczyń limfatycznych (między tkankami), a napięciem, istniejącym w drogach końcowych tychże naczyń (przy ujściu do żyły podobojczykowej). Drugą taką siłą jest praca mięśni przy ich ściąganiu się, co powoduje wyciskanie cieczy do naczyń limfatycznych. Dalej — działąnie ssące klatki piersiowej przy jej rozkurczu podczas wdechu. (Tu ref. zwrócił uwagę słuchaczy na wielkie znaczenie prawidłowego oddychania podczas pracy zawodowej na co, niestety, tak mało zwykiśmy zwracać uwagi). Wreszcie siłą ułatwiającą odpływ limfy jest również rozkurcz serca.

Z kolei ref. przechodzi do wyliczenia przyczyn, które, utrudniając odpływ płynu, sprzyjają lub wręcz powodują powstawanie obrzęków. A więc: utrudniony odpływ żylny (przy przekrwieniach zastoinowych); utrudniony odpływ przesiąku przez nacz. limfat. (przy wytworzeniu się w nich oporów); zwątlenie ścianek naczyń krwionośnych, co pozwala na wzmożone ponad normę przesiąkania limfy; wreszcie warunkami, bardzo sprzyjającemi w tworzeniu się obrzęków są:

Wodnistość krwi, osłabiona działalność serca, choroby wątroby i nerek, białkomocz, wyniszczenie ogólne organizmu, charłactwo, głód długotrwały, nienormalne położenie ciała lub

danego organu, ucisk płodu w okresie ciąży, używanie substancyj trujących, wreszcie łatwiejsza lub trudniejsza rozszerzalność szczelin tkankowych w miejscu, gdzie się wytwarza obrzęk.

Dla wytłómaczenia całego procesu powstawania obrzęków stworzono cały szereg najróżnorodniejszych teoryj. Referent przytacza w krótkości najważniejsze z nich. Jedni uważają obrzęk za następstwo wzmożonego ciśnienia i przesączania w naczyniach włoskowatych; drudzy za następstwo rozwodnienia krwi (hydremia); inni za wzmożone ciśnienie osmotyczne tkanek; jeszcze inni — za następstwo zatrzymania soli kuchennej w tkankach, za następstwo nadmiernego pęcznienia koloidów (wskutek zwiększenia się kwasowości tkanek); wreszcie niektórzy uważają obrzęk za następstwo obniżenia ciśnienia osmotycznego ciałek białych krwi.

Już sama ilość tych teoryj świadczy o ich niewystarczalności i dowodzi, że nie da się ustalić jedna jakaś przyczyna, która mogłaby nam wytłómaczyć powstawanie obrzęku we wszystkich wypadkach.

W końcu refer. przeszedł do omówienia sprawy, jak się przedstawia ów płyn zatrzymany w obrzęku pod względem swego wyglądu i składu. Więc zwykły czysty przesiąk t. j. ciecz obrzęku jest płynem bezbarwnym, przezroczystym, gatunkowo lżejszym od osocza krwi, bo nie zawiera on ciał białkowych które trudniej przenikają, niż sole.

Jednak, zależnie od choroby, powodującej wysięk oraz miejsca, gdzie się on tworzy, znajdujemy w płynie: włóknik tłuszcze, mucynę, mocznik, cukier, barwniki żółci i kwas żółciowy. Z soli zaś znajdujemy: chlorek sodu i fosforan, węglan lub siarczan sodu oraz moczany.

Im więcej znajdujemy w cieczy ciałek limfatycznych, „tem" bardziej jest ona mętną, a tam gdzie dochodzi już do rozpadu tych ukształtowanych składników, to siecz wysiękowa może przyjąć wygląd mleczny.

Pod drobnowidzem obrzęk luźnej tkanki łącznej przedstawia nam widok szaro-żółto galaretowatej masy z komórkami zmętniałemi oraz większą lub mniejszą drobnoziarnistość. Klinicznie zaś obrzęk zdradza się tem, że przy uciśnięciu palcem pozostaje po nim dołek przez czas dłuższy. Wreszcie referent poruszył również sprawę następstwa obrzęku lub puchliny. — Wszystko zależy tu od przyczyny, wywołującej opuchnięcie oraz ważności organu, zajętego przez nią. I tak stosunkowo małe opuchnięcie takich organów jak: głośnia, mózg

lub płuca, może już spowodować duże szkody, a nawet i śmierć. Natomiast obrzęk skóry, chociażby był nawet bardzo znaczny, może szybko ustąpić bez śladu, zaraz po usunięciu przyczyny, wywołującej go.

OCENA.

Israel Majer Kalisz. Ueber den Randschluss von Füllungen. Rostock Carl Hinstorffs Hofbuchdruckerei 1928.

Powszechnie znanem jest, że najważniejszą zaletą plomby jest dokładne przyleganie do ścian ubytku. Prac jednak, dotyczących tego, tak bardzo ważnego w dentystyce, zagadnienia, dotychczas było bardzo mało. Pisał jeno o badaniu przylegania plomb amalgamowych eosiną Witzel oraz o zastosowaniu do tego celu barwników kolloidalnych—Rühle. Pozatem w pracach na, inne tematy spotyka się wzmianki u Radosevića, Thirscha i Rösego. Taką mało właśnie opracowaną dziedzinę wybrał sobie autor na temat do rozprawy doktorskiej na uniwersytecie w Rostocku. I przyznać trzeba wywiązał się z zadania dobrze, zapoczątkowując systematyczne badania stosunku całej powierzchni plomby do ścian wypełnionego ubytku. Badania odbywały się w sposób następujący: zęby, plombowane rozmaitemi materjałami i następnie usunięte, zanurzał autor do różnych barwników, jak błękit metylenowy, fuksyna, błękit wodny, na dni kilka i następnie makro—i mikroskopowo badał zarówno powierzchnię, zębów jak i powierzchnię złomów, przeprowadzonych przez zaplombowany ubytek. Poza wymienionemi barwnikami autor używał jeszcze barwienia skomplikowanego, nasycając zęby jedną substancją i zabarwiając ją następnie w innej kąpieli. Np. nasycał ząb garbnikiem, kąpiąc go w taninie, poczem oddziaływał nań solami żelaza, otrzymując w miejscach, dokąd oba barwniki przeniknęły, zabarwienie czarne różnego natężenia. Autor używał następujących połączeń: Octan ołowiu z dwuchromianem potasu (zabarwienie żółte); octan ołowiu z siarczkiem ammonu (zabarwienie szare); kwas garbnikowy z chlorkiem żelaza (zabarwienie czarne); phenolphtaleina z ługiem potasowym (zabarwienie czerwone); żelazocjanek potasu z chlorkiem żelaza i kwasem solnym (zabarwienie niebieskie).

Po przerobieniu bardzo znacznej ilości prób z rozmaitemi materjałami, autor dochodzi do rozmaitych wniosków:

Gutaperka przylega szczelnie: dno i ściany ubytku zostały niezabarwione, cement Fletchera dał gorsze wyniki: miejscami garbnik dotarł bardzo głęboko. Tlenek cynku z eugenolem, aczkolwiek przez autora zaliczony do materjałów, nie dających zupełnie dobrego zetknięcia ze ścianami ubytku, ściany te i dno jednak od dopływu barwnika chroni dobrze. Cement fosforowy zabezpiecza dno i ściany zaplombowanego ubytku od dopływu barwnika zupełnie. To samo trzeba powiedzieć i o wkładach na tym cemencie umocowanych. Cement krzemowy przepuszcza barwnik na ściany ubytku, a po dłuższym czasie i na dno jego. Amalgamaty nie chronią całkowicie od zabarwienia ścian. Oczywiście na podstawie tylko tych badań trudnoby było orzec, jakie materjały nadają się do plombowania, a jakich należy unikać. Nie umniejsza to jednak wcale wartości pracy którą należy uważać, jako zapoczątkowanie badań laboratoyjnych w sprawie niezmiernie dla dentystyki ważnej.

Dr. med. L. Brennejsen

Książki nadesłane.

I. **Otto Walkhoff**. Mein system der medikamentösen Behandlung schwerer Erkrankungen der Zahnpulpa und der Periodontiums. H. Meusser. Berlin 1928. Wyd. II.

II. **A. Kantorowicz**. Klinische Zahnkeilkunde. H. Meusser. Berlin 1929. Wydanie II tom I.

III. **St. Kramsztyk**. O wodach mineralnych naturalnych sztucznych i o żelazie aktywnem. Warszawa 1928.

IV. **J. Ogrodowczyk**. Badania nad środkami odżywczemi. Warszawa 1928.

V. **W. Chodźko**. Uzdrowotnienie wsi a organizacja publicznej służby zdrowia. Warszawa 1928.

VI. **W. Nowicki**. Anatomja Patologiczna Tom I.

*

Ukazało się wreszcie w druku dzieło pomnikowe, któremu w udziale przypadło wypełnić lukę, odczuwaną boleśnie tak przez studentów, jak i przez lekarzy. Piśmiennictwo lekarskie polskie nie posiadało dotychczas podręcznika z anatomji patologicznej. Zaszczytny ten obowiązek wypełniła sędziwa alma mater lwowska wierna hasłu „semper fidelis", którem są przesiąknięte mury Lwowa. Podręcznik Prof. D-ra med. W. Nowickiego p. t. „Anatomja Patologiczna" T. I winien co rychlej przyozdobić bibloteki wszystkich, dla kogo salus aegroti summa lex esto.

Wychowaniec Wszechnicy Lwowskiej.

Ś. p. Idzi Świtała.

Dnia 8 grudnia 1928 r. zmarł w Bydgoszczy ś. p. Idzi Świtała, Lekarz-Dentysta, i prawie do ostatnich chwil życia Przewodniczący Związku Lekarzy-Dentystów byłego zaboru pruskiego, Prezes Rady Centralnej Lekarzy-Dentystów Rzeczpospolitej Polskiej i czynny członek wielu instytucyj społecznych.

Ś. p. zmarły był synem Wielkopolski. W jego hartownej i szlachetnej duszy skupiły się wszystkie piękne i niezwykle cenne cechy synów tej ziemi. Był działaczem społecznym niezwykłej miary. Jego żywy, bujny temperament, opanowany siłą woli, jego gorący patrjotyzm, płomienne, podniesione do godności kultu, umiłowanie Ojczyzny, idealistyczny światopogląd, silna wiara w dziejową misję Polski, wiara w ludzi, że mimo wszystko będą się stawali coraz lepszymi, rozpalała w nim niepohamowaną żądzę czynu, czynu prawie wyłącznie i przedewszystkiem dla dobra publicznego i dobra swego narodu.

To też w okresie niewoli, w czasach strasznego w byłym zaborze pruskim prześladowania, występuje wszędzie śmiało, jako odważny szermierz sprawy narodowej. Widzimy go przy działaniu, jako redaktora „Pracy" w Poznaniu, dalej, jako posła na sejm pruski; za swą patrjotyczną działalność cierpiał w więzieniu pruskiem. Świt odzyskanej na nowo niepodległości Ojczyzny, zastaje go przy pracy nad utrwaleniem skarbowości polskiej, jako naczelnika wydziału skarbowego w Ministerstwie byłej Dzielnicy Pruskiej. Dentystyce poświęcił się dość późno, nie mniej jednak, już w zaraniu niepodległości, skoro tylko zabłysła możność pracy nad ułożeniem, uporządkowaniem stosunków w zawodzie dentystycznym, widziny go przy pracy. W r. 1919 przy pierwszych zetknięciach się i Zjazdach przedstawicieli zawodu dentystycznego ze wszystkich trzech dzielnic w Warszawie występuje ś. p. zmarły, jako przewodniczący delegacji byłej dzielnicy pruskiej. Tutaj też odrazu ujawniło się Jego wyrobienie parlamentarne i wielkie doświadczenie w sprawach publicznych. W r. 1923 na 1-m Naukowym Zjeździe Lekarzy-Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej we Lwowie podczas długich rozmów z piszącym te słowa nad koniecznością zjednoczenia i skoordynowania wysiłków ku poprawie stosunków w zawodzie dentystycznym zmierzających, ś.p. zmarły wysunął koncepcję utworzenia Instytucji Centralnej (później Radą Centralną nazwanej)· w której, z uwzględnieniem specyficznych w Polsce stosunków,

mogliby się skupić przedstawiciele wszystkich ugrupowań i wspólnie dla ogólnego dobra pracować. Na licznych Zjazdach w Warszawie organizuje Radę Centralną i przewodzi jej przez kilka trudnych dla nas lat, poświęconych walce o ukształtowanie norm prawnych dla Lekarzy-Dentystów.

Śp. zmarły brał bardzo żywy udział w życiu społecznem miasta Bydgoszczy piastował stanowiska: członka magistratu decernenta Teatru Miejskiego, którem zajmował się z wielką gorliwością, przewodniczącego miejscowego komitetu wychowania fizycznego, prezesa miejscowego Oddziału Związku Obrony Kresów Zachodnich i wielu innych.

Odszedł od nas przedwcześnie, bo w pełnym rozwoju sił. Pozostawił po sobie szczery żal i niewygasłą pamięć, jako człowiek szlachetny i czysty, sprawie publicznej i narodowej całem sercem oddany i zasłużony. Pozostawił po sobie także przykład, jak polak „urodzony w niewoli, okuty w powiciu, umiał sprawie publicznej służyć ofiarnie, bez oglądania się na korzyści osobiste, owszem niekiedy ponosząc ofiary materjalne i to w czasach i warunkach niezwykle ciężkich.

Niechże ten przykład zachęci, zwłaszcza młodszych, do, równie gorącego sprawy publicznej umiłowania i ofiarnego jej służenia, a ś. p. zmarłemu zapewni wieczną o Nim pamięć i powinną cześć.

A. Mokrzycki